При веденні дитячого стоматологічного прийому лікар стикається з низкою труднощів, характерних для таких пацієнтів. Лікар-стоматолог повинен володіти основами знань вікової та сімейної психології, різними технологіями управління поведінкою дітей під час проведення кожної стоматологічної маніпуляції. Дії лікаря мають бути спокійними і впевненими, він повинен бути готовий до несподіваних ситуацій під час прийому. Працювати треба швидко, щоб скоротити час перебування дитини в кріслі і менше втомлювати її м'язи. Необхідно сконцентрувати увагу на проблемах мимовільного закривання рота, використовуючи роторозширювачі та язикотримачі. Стоматологічний інструмент необхідно обережно вносити в ротову порожнину. Основною проблемою стоматологічного прийому у дітей є те, що більшість лікарських маніпуляцій для них здаються агресивними. Лікар повинен намагатися не провокувати у дитини рефлекс переляку яскравим світлом, шумом та несподіваними рухами.

Таким чином, ведення стоматологічного прийому у дітей з ДЦП вимагає від дитячого стоматолога додаткових професійних мануальних навичок, знання яких дозволить уникнути несподіваних ситуацій і сформувати у дитини позитивне ставлення до лікування, тим самим значно підвищити ефективність стоматологічної допомоги.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕТЕНЦІЄЮ ВЕРХНІХ ЦЕНТРАЛЬНИХ РІЗЦІВ, СПРИЧИНЕНОЮ НАДКОМПЛЕКТНИМИ ЗУБАМИ

Стебловська В.І.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Гуржій О.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Надкомплектні зуби, як етіологічний чинник ретенції, зустрічаються у 7,05% від числа обстежених пацієнтів, і як правило локалізуються у фронтальній ділянці верхньої щелепи – 93,2%.

Підставою для виявлення ретенованих постійних різців є клінічне та рентгенологічне дослідження. Лікування пацієнтів із ретенованими зубами, спричиненими наявністю надкомплектних зубів, складне і довготривале від 8 місяців до 2,5 роки. Вибір схеми лікування залежить від віку хворого, глибини розташування зуба, наявності для нього місця в зубному ряді, ступеня формування кореня зуба. Надання комплексної допомоги передбачає поєднання хірургічного, апаратурного, функціонального і протетичного методів.

Мета нашого дослідження – розробити алгоритм лікування пацієнтів із ретенцією центральних постійних різців верхньої щелепи, спричиненою надкомплектними зубами, в періодах змінного і постійного прикусу шляхом опрацювання власних підходів до лікування.

Проаналізовано результати лікування семи пацієнтів – 6 років; 7 років (2 пацієнта); 8 років; 9 років; 10 років і 15 років із затримкою прорізування

чиною ретенованих центральних різців верхньої щелепи, дозволяє уникнути багатьох ускладнень і суттєво скоротити тривалість хірургічно-ортодонтичного лікування. Суттєвим чинником успіху цього лікування є визначення положення ретенованого зуба з метою найкращого методу його хірургічного відкриття та ортодонтичного виведення у зубну дугу.

Пацієнтам із ретенованими центральними різцями верхньої щелепи, обумовленими надкомплектними зубами, необхідно провести ортодонтичне лікування у кілька етапів, а термін виведення у зубну дугу значно менший у пацієнтів, лікування яких здійснювали у ранній період змінного прикусу.

ПІСЛЯТРАВМАТИЧНІ НЕЙРОДИСТРОФІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПОШКОДЖЕНЬ КІНЦІВОК

Стегній М.Е.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Павленко С.М.

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. Нейродистрофічні синдроми, які ускладнюють різні пошкодження кінцівок є на сьогодні однією із складних проблем для лікарів різних спеціальностей. Вирішення проблеми їх діагностики та лікування має не тільки важливе медичне значення, але й соціальне, бо перебіг їх досить тривалий, результати можна отримати через достатній проміжок часу, і не факт, що вони будуть повністю задовольняти пацієнта та лікаря. Більша частина пацієнтів працездатного віку, а в наслідок нейродистрофічних ускладнень втрата працездатності обчислюється багатьма місяцями.

Мета роботи. Аналіз помилок в діагностиці та лікуванні та покращення результатів лікування післятравматичних нейродистрофічних ускладнень пошкоджень кінцівок.

Методи дослідження. Нами проведений аналіз результатів лікування 73 хворих з переломами променевої кістки в типовому місці (дистальний метаепіфіз) та переломами кісточок гомілки за 2018 рік та три місяці 2019 року, що проходили лікування у травматологічних відділеннях поліклініки та стаціонару 1 міської клінічної лікарні. Більшість хворих – жінки (55 пацієнтки) в віці 45-65 років. Клінічні обстеження спостерігаємих хворих проводились по загальній схемі з обов'язковими рентгенологічними дослідженнями, ЕНМГ, а також розрахунком вегетативного індексу Кердо. Всі пацієнти були розподілені на групи згідно форми перебігу патологічного процесу: набрякова форма (тканьова) – жінки – 19 хворих, чоловіки – 7; больова (нейрогенна) – жінки -10, чоловіки – 5; змішана – жінки – 26, чоловіки – 6. Лікування проводилось з урахуванням форми патологічного процесу, індекса Кердо та данних лабораторних досліджень.